

初めて受診される患者様へ

年 月 日

※診療の参考にしますので、1～9の項目にご記入下さい。

フリガナ

氏名 男・女 才 体重 k g
住所 電話番号 携帯番号

1. いつから、どのような症状がありますか？ *発熱は？（ 度 分）・なし
・いつから？

・症状は？ #下記の薬を希望される方は○をつけて下さい
・解熱鎮痛剤（座薬・錠剤・粉末） ・せき止め
・胃薬（胃が弱い） ・整腸剤（下痢をしやすい）
・うがい薬 ・かゆみ止め ・必要なし
2. 当院を受診するまでに他の病院にかかりましたか？ はい ・ いいえ
はいの場合 [・病院名：
・診断名：
・治療内容：]
3. 現在服用中の薬はありますか？ ある ・ ない
(薬服用中の方で、お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい)
4. 現在治療中、または以前にかかった病気、受けた手術等があればくわしく記入して下さい。
ある ・ ない
ある場合 [高血圧 糖尿病 心疾患 肝疾患 腎疾患 胃潰瘍
緑内障 前立腺肥大 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 喘息
熱性けいれん・てんかん 脳梗塞 その他]
5. いままで薬をのんで、体に異常がでたことがありますか？ ある ・ ない
ある場合 [・薬の名前：
・どのような症状がでましたか？]
6. あなたのご両親、ご兄弟にアレルギー性疾患(鼻炎、花粉症、アトピー、喘息など)をお持ちの方がいらっしゃいますか？
いる [・誰が何の病気ですか？]
いない
7. 妊娠の可能性は？ ある(妊娠 か月) ・ ない
授乳中ですか？ はい ・ いいえ
8. たばこを吸いますか？ いいえ 以前すっていた(1日 本 年間)
現在すっている(1日 本 年間)
9. お酒を飲みますか？ いいえ はい(量は)